

## **APOYOS CONECTADOS PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL**

### **PROTOCOLO DE COORDINACIÓN CON EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**

El presente documento afecta a los procesos de altas y de prestación del servicio del proyecto Apoyos Conectados para la Autonomía Personal (ACAP).

Su objetivo es definir los elementos principales de coordinación con el Servicio Aragonés de Salud (SALUD):

1. Actores implicados
2. Criterios de incorporación de personas usuarias/pacientes y proceso de alta.
3. Gestión eficaz de avisos y alertas, con especial atención a las alertas que precisan de atención urgente (Emergencias).
4. Seguimiento de parámetros a largo plazo.

## **INDICE DE CONTENIDO**

---

1. PROYECTO ACAP: MARCO GENERAL .....	2
2. Población diana .....	3
3. Actores implicados .....	3
4. Identificación e inclusión de usuarios derivados por parte del SALUD .....	4
4.1. Identificación y notificación de potenciales participantes .....	4
4.2. Inclusión y valoración de los usuarios en el proyecto ACAP .....	5
4.3. Criterios de inclusión de pacientes en ACAP para la telemonitorización por parte del SALUD .....	5
4.4. Posibilidad de monitorización de constantes dentro del proyecto .....	5
5. Gestión del alta de usuarios en los sistemas de telemonitorización .....	6
6. Gestión de avisos y alertas, con especial atención a las alertas que precisan de atención urgente. ....	7
6.1. Configuración de las alarmas.....	7
6.2. Gestión ordinaria general de las alarmas producidas en el portal ACAP- ViveLibre.....	8
6.3. GESTIÓN DE ALARMAS producidas por la plataforma de telemonitorización del SALUD .....	9
6.4. GESTIÓN DE ALARMAS ante solicitudes de la persona usuaria.....	9
7. Configuración mínima del equipo ACAP-CCS. ....	10
8. Seguimiento de la evolución .....	10
9. Diagrama de flujo .....	12

## 1. PROYECTO ACAP: MARCO GENERAL

Apoyos Conectados para la Autonomía Personal (ACAP) es un proyecto innovador para retrasar/evitar la institucionalización de personas mayores, dependientes o personas con discapacidad.

En el mismo trabajan de forma coordinada, junto a las entidades que lo desarrollan (Dfa, FIIS, ATAM), el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, el Servicio Aragonés de Salud y los servicios sociales de base. Se facilita a las personas una atención integral, conectando y reforzando los apoyos comunitarios existentes con profesionales cualificados y sistemas tecnológicos, con el fin de que las personas puedan continuar viviendo en su domicilio con autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible, generando evidencia sobre los beneficios y sostenibilidad del modelo de atención.

El proyecto **ACAP, con carácter general, está dirigido a:**

- Personas con necesidad de monitorización de su estado de salud.
- Personas mayores con autonomía en situación de fragilidad o soledad.
- Personas con discapacidad.
- Personas con dependencia o necesidades de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria.

En el desarrollo normal del proyecto, tras la valoración de cada persona, un gestor de apoyos (perfil trabajo social) elabora un plan de apoyos conectados individual (PACI), que **comprende uno o varios de los siguientes apoyos** (pueden ser uno o varios, en función del PACI):

- **Apoyos tecnológicos:**
  - o Sensorización del hogar no invasiva e inteligente.
  - o Seguimiento y alertas fuera de domicilio mediante una aplicación móvil.
  - o Monitorización de variables biomédicas.
- **Apoyos personales** (para el fomento de la autonomía y participación en la comunidad):
  - o Técnicos de promoción de la autonomía.
  - o Gestor de salud
  - o Otros: terapia ocupacional, fisioterapia, voluntariado...

**Ámbito temporal y territorial.** El proyecto ACAP se desarrollará **hasta el 31 de marzo de 2025** (salvo prórroga), implantándose en las 3 provincias de Aragón, en sus capitales y en las siguientes comarcas:

- Hoya de Huesca
- Los Monegros
- Somontano de Barbastro
- Bajo Aragón
- Comunidad de Teruel
- Maestrazgo
- Campo de Belchite
- Central de Zaragoza

Dentro del proyecto ACAP, a través de este protocolo, se plantea la colaboración con el SALUD para la derivación e **inclusión de pacientes con dos finalidades compatibles entre sí:**

1. Prestar, a los pacientes que desde el SALUD se determinen, la monitorización de constantes vitales y la gestión de alarmas generadas por la toma de constantes fuera de rango.
2. Incluir en el proyecto ACAP a los pacientes que sean derivados por profesionales del SALUD, teniendo en cuenta en su PACI otras necesidades identificadas que requieran de apoyos tecnológicos y/o personales.

**El proyecto ACAP será considerado como un activo para la salud,** dentro de la estrategia de atención comunitaria de Aragón.

## 2. Población diana

Las personas usuarias objeto de las actuaciones de este protocolo serán aquellas que se incorporen al proyecto ACAP, derivadas por profesionales del SALUD con las finalidades descritas anteriormente, para lo que deben cumplir las siguientes condiciones:

- 1.-Ser usuarios del SALUD, para lo que deben de estar dados de alta en la base de datos de usuarios (BDU).
- 2.- Ser derivados por un profesional del SALUD para su inclusión en el proyecto ACAP, con la finalidad del registro y seguimiento de sus constantes vitales u otros posibles apoyos dentro del proyecto ACAP.

Podrán incluirse también personas inicialmente usuarias de ACAP en cuyo PACI se hayan incluido los servicios de ViveLibre Salud. A tal efecto, cada caso será comunicado al SALUD, que revisará el mismo y lo incluirá si se cumplen los criterios de inclusión.

## 3. Actores implicados

Se describen los diferentes perfiles profesionales que participan en el proyecto:

TIPO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
Gestores de Apoyo	ACAP-GA	Realizan la valoración general de los participantes, fijan el Plan de Apoyos Conectados Individualizado (PACI) con la persona usuaria, establecen la tipología de apoyos y mantienen un seguimiento general.
Gestores de Salud	ACAP-GS	Realizan un seguimiento de las personas usuarias con ViveLibre Salud
Equipo Clínico	ACAP-EQ	Revisa los datos biomédicos y avisos de salud y alertas generadas en la Plataforma de ViveLibre. Analiza las tendencias y modifica umbrales. Revisa los informes trimestrales

Técnico de Promoción de la Autonomía	ACAP-TPA	Son las personas que atienden a los usuarios en domicilio, para apoyo en la autonomía y participación comunitaria
Unidad de Apoyo	ACAP-UA	Contact center de atención 24x7 que gestiona todas las alertas generadas por todos los sistemas. Atiende también las llamadas directas de las personas usuarias
Contact Center Sanitario	ACAP-CCS	Atiende las alertas generadas por la plataforma de telemonitorización del SALUD. Estará formado por personal sanitario (médicos o enfermería)
Equipos de atención primaria del Servicio Aragonés de Salud	SALUD-AP	Personal de atención primaria que participa en la identificación de pacientes y utiliza la información recogida en el proyecto para mejorar la calidad de la atención al paciente.
Gestión Proyecto Barbastro	SALUD-GESTION	Personas de referencia, gestión del proyecto y revisión de inclusión de pacientes

#### 4. Identificación e inclusión de usuarios derivados por parte del SALUD

##### 4.1. Identificación y notificación de potenciales participantes

El Servicio Aragonés de Salud (SALUD) podrá proponer a pacientes para la inclusión en el programa. Para ello, el profesional revisará entre sus pacientes aquellos que puedan beneficiarse de los servicios de ACAP (ver punto 1). En el caso de telemonitorización, los pacientes deberán cumplir con los criterios de inclusión del punto 4.3.

1. A cada potencial beneficiario se le informará sobre el programa, facilitándole un folleto informativo (elaborado por ACAP).
2. En caso de que el paciente esté interesado, se tramitará el alta del mismo en OMI-AP como la recomendación de un activo para la salud.
  - En el campo “Motivo de recomendación”, se podrán indicar los apoyos recomendados: monitorización de constantes, otros apoyos tecnológicos de seguimiento o apoyos personales.
  - En el caso de recomendar la monitorización de constantes, es preceptivo especificar constante y frecuencia de monitorización (ver posibles constantes en el punto 4.4).
3. Se imprimirá la hoja con la recomendación del activo y el paciente o su representante la dejará en el servicio de admisión o el lugar que se le indique, para su posterior recogida por un técnico de ACAP.
4. El profesional que recoja la hoja de recomendación, dará a firmar al paciente o su representante un consentimiento informado para facilitar sus datos de contacto, con el fin de que puedan concertar una cita inicial (documento facilitado por ACAP).

Las hojas de recomendación de activos o de consentimiento serán recogidas de los centros de salud por personal del proyecto ACAP.

#### **4.2. Inclusión y valoración de los usuarios en el proyecto ACAP**

Con la información de las personas derivadas desde el SALUD, un técnico de ACAP se pondrá en contacto con estas para proponerles su participación en el programa.

En primer lugar, el técnico contactará, informará por teléfono y, si el paciente está interesado en participar en el proyecto, concertará una visita a su domicilio para realizar una primera entrevista de valoración.

Tras esta entrevista, si se confirman los requisitos de idoneidad para participar en el proyecto (se realiza una revisión de los criterios de inclusión por parte de ACAP) y el candidato sigue interesado, el Gestor de Apoyos (ACAP-GA) realizará una valoración social y de salud (con el apoyo del Gestor de Salud ACAP-GS), consensuando con la persona el Plan de Apoyos Conectados Individual (PACI). En el caso de incluirse la telemonitorización de constantes vitales por parte del SALUD, se identificará en el sistema a la persona para su adecuado seguimiento.

#### **4.3. Criterios de inclusión de pacientes en ACAP para la telemonitorización por parte del SALUD**

Los criterios médicos de inclusión que revisará el SALUD para la telemonitorización de constantes son los siguientes. Pacientes mayores de 65 años con al menos una de las siguientes patologías:

- Insuficiencia Cardíaca u otras patologías cardíacas
- EPOC
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial
- Problemas coronarios (IAM)
- ACV
- Pacientes polimedicados (5 o más medicamentos)

Además, aquellos pacientes incluidos dentro del Programa del Paciente Crónico Complejo

#### **4.4. Posibilidad de monitorización de constantes dentro del proyecto.**

En ACAP se pueden recoger inicialmente medidas de tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, saturación de oxígeno, peso y glucemia. A modo orientativo, se adjunta una tabla con las medidas que ViveLibre recoge en condiciones de estabilidad de las patologías reseñadas. No obstante, en la derivación que se realice desde el SALUD, el profesional podrá indicar la medida que sea de su interés entre las posibles, además de la frecuencia de medida.

El proyecto ACAP permite que las personas utilicen sus propios dispositivos de tomas de medidas, pero se les puede facilitar dispositivos para su enlace automático con su smartphone y el aplicativo de ViveLibre.

Ante la aparición de nueva sintomatología, descompensaciones, convalecencia tras ingreso hospitalario, o cambios de medicación, sería preferible contar con información de todos los dispositivos disponibles.

Grupos enfermedad	Parámetros	TA	FC	Tª	Sat. O2	Peso	Glucemia
Enfermedades cardiovasculares	Hipertensión arterial	x	x			x	
	Arritmias por fibrilación auricular	x	x		x	x	
	Cardiopatía isquémica	x	x		x	x	
	Insuficiencia cardíaca	x	x	x	x	x	
EPOC / enfermedades pulmonares crónicas	x	x	x	x		x	
Accidente cerebrovascular (ACV)	x	x	x	x (si disfagia)		x	
Diabetes	x	x	x			x	x
Enfermedad renal crónica	x	x				x	
Obesidad/sobrepeso	x	x				x	
Enfermedades con repercusión sobre el peso (neoplasias, enfermedades digestivas crónicas, enfermedades endocrinas crónicas, autoinmunes, depresiones...)						x	
Demencias *	x	x	x	X (si disfagia)		x	
Polimedicación *	x	x	x			x	

\* *Vivelibre Salud + Hogar*

Actualmente en ACAP no se ha incorporado la medida de electrocardiograma.

## 5. Gestión del alta de usuarios en los sistemas de telemonitorización

El proceso de alta en el proyecto ACAP de los pacientes derivados por el SALUD se llevará a cabo de acuerdo con un procedimiento específico, que tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

El proyecto ACAP dispone de la figura de Gestor de Salud propio (ACAP-GS), que será el encargado de gestionar el alta de los usuarios en ViveLibre (se identificará de forma diferenciada como "Monitorización SALUD"), además de la instalación de los equipos de monitorización en el dispositivo móvil del usuario y/o familiar, y del acompañamiento al usuario en el seguimiento de sus constantes.

Tras el alta en el proyecto, ACAP proporcionará un listado al Contact Center Sanitario ACAP-CCS con los pacientes que se incorporarán a la telemonitorización. Este listado incluirá, como mínimo, el nombre, apellidos, DNI, CIA, población y provincia, constantes vitales a monitorizar, periodicidad y rangos de normalidad, datos, email y teléfono de contacto del Gestor de SALUD (ACAP-GS) y origen del paciente, que permitirán identificar al paciente en BDU.

El Contact Center Sanitario ACAP-CCS la trasladará al Gestor de Proyectos del SALUD, SALUD-GESTIÓN, que confirmará que el paciente es usuario del sistema sanitario. Tras la verificación, SALUD GESTIÓN dará de alta los pacientes en la plataforma de telemonitorización del SALUD a través del canal establecido para ello. Este canal será a través del alta masiva de pacientes. Una vez dado de alta el paciente en la plataforma, el personal del ACAP-CCS comunicará a los profesionales, vía email, sus pacientes incorporados al servicio de telemonitorización.

Así mismo, el personal del Contact Center Sanitario (ACAP-CCS) definirá las alarmas para cada paciente, con los valores fuera de rango y personas de contacto, para cada tipología de alarma (ver apartado gestión de avisos y alertas)

La plataforma de ACAP enviará los valores de las constantes vitales a la plataforma de telemonitorización del SALUD a través del canal establecido para ello.

El personal del Contact Center Sanitario (ACAP-CCS) y la Unidad de Apoyo (ACAP-UA) estarán coordinados para garantizar la correcta atención de los usuarios/pacientes.

## **6. Gestión de avisos y alertas, con especial atención a las alertas que precisan de atención urgente.**

Los objetivos de la coordinación en este punto son:

- Asegurar que una persona que lo necesite sea atendida correctamente.
- Que se movilicen los recursos adecuados de una manera eficaz y eficiente.
- Informar y asegurar una correcta comunicación y coordinación con los profesionales del Servicio Aragonés de Salud que deriven a pacientes para participar en el proyecto.

La experiencia desde ACAP y ViveLibre en el seguimiento de parámetros de salud que se toman de manera continua es que se producen muy pocas alertas reales por medidas fuera de umbrales dado que, si una persona se siente mal, normalmente llama directamente a la unidad de apoyo sin tomarse una medida, al tener esta disponibilidad 24x7. **Este va a ser el mensaje general y recomendación para todas las personas usuarias del proyecto.**

El servicio ACAP no sustituye en ningún caso la atención sanitaria habitual al paciente, que tiene a su disposición los recursos sanitarios públicos de forma universal y a demanda.

### **6.1. Configuración de las alarmas**

Los valores fuera de rango pueden ser establecidos por el profesional del SALUD que realiza la derivación del paciente, en ausencia de indicación, por el ACAP-CCS en base a las pautas dadas por el SALUD, o en última instancia, según guías de manejo clínico aprobadas.

Las alarmas de tipo 1 se configurarán para valores ligeramente fuera de rango. La comunicación de estas alarmas será mediante un mail a la persona del ACAP-CCS de referencia en la provincia del paciente.

Las alarmas tipo 2 se configurarán para valores anormalmente fuera de rango, que habrán sido notificados en la inclusión del paciente en el programa. La comunicación de estas alarmas se realizará mediante un SMS al teléfono móvil de la persona del Contact Center Sanitario (ACAP-CCS) de referencia en la provincia del paciente para su valoración.

## **6.2. Gestión ordinaria general de las alarmas producidas en el portal ACAP- ViveLibre**

La unidad de apoyo ACAP-UA cuenta con una plataforma de atención que centraliza todos los avisos y alarmas que se producen desde diferentes sistemas de ViveLibre, dentro y fuera del hogar, y atiende las llamadas que las personas usuarias realizan desde sus dispositivos.

Para atender las alarmas existen escalados personalizados para cada usuario, si bien en el caso de una llamada que refiere una situación muy grave de salud con riesgo vital se actúa directamente con los protocolos de emergencia habitual según la norma UNE 158401 de teleasistencia.

En concreto la norma marca que ante situaciones de emergencia (Apartado 4.7.1 b de la norma) desde el centro de atención (en nuestro caso ACAP-UA) se califica como emergencia aquella situación que implica riesgo para la integridad física, psíquica o social de la persona usuaria o de su entorno, que requiere la actuación y movilización inmediata de recursos de emergencia.

Se establece también, en el apartado 4.7.3.3 de la norma, el protocolo de actuación cuando es necesario trasladar a la persona usuaria a un centro especializado. En este caso, ACAP-UA debe dar seguimiento al traslado y confirmar que se ha producido el ingreso. Se deben realizar comunicaciones de seguimiento hasta que la situación de emergencia sobrevenida se estabilice. Finalmente se debe realizar un registro de las incidencias producidas y las actuaciones realizadas.

Para la adecuada atención de las situaciones planteadas, se dispone de un registro actualizado de los recursos de atención de emergencias existentes en la zona de la persona usuaria.

En el caso de la **telemonitorización de la salud** el Equipo Clínico ACAP-EQ, compuesto por profesionales sanitarios, revisa la evolución de los datos y las alertas generadas y contempla 3 procesos:

- 1.- **La fijación de umbrales**, que se produce tras contar con los informes sanitarios de la persona y un número mínimo de medias que permita tener datos para la valoración. Mientras no se tenga estos datos se fijan los umbrales en los valores recomendados por la OMS.
- 2.- **El registro y seguimiento de medias de parámetros biomédicos**: los datos recogidos alimentan el sistema para valorar tendencias y en el caso de medidas fuera de rango aparecen avisos que son diariamente revisados.
- 3.- **La generación de informes trimestrales**: cada tres meses se facilita que la persona usuaria tenga un informe que puede compartir con quien desee con las medidas registradas, gráficos de tendencias y si es necesario recomendaciones por parte del equipo clínico.

Las salidas fuera de rango detectadas por los sistemas de ACAP-ViveLibre que se dan en el apartado 2 son catalogados de “avisos”. Se le muestran al usuario en su dispositivo y llegan al ACAP-EQ, que en función de su análisis genera tareas para la unidad de Apoyo. La unidad de Apoyo no tiene acceso

a la información clínica y de salud salvo la necesaria para la gestión de emergencias o escalados. El usuario, ante este aviso, puede contactar con ACAP-UA en cualquier momento.

### **6.3. GESTIÓN DE ALARMAS producidas por la plataforma de telemonitorización del SALUD**

Al registrarse los datos de las constantes vitales tomadas (y enviadas desde la plataforma ACAP) se podrán generar alarmas por valores fuera de rango en el servidor de telemonitorización del SALUD según la configuración realizada en el proceso de alta de pacientes en la plataforma de monitorización del SALUD.

Las alarmas generadas en el sistema de telemonitorización del SALUD se catalogan de tipo 1 o tipo 2 en función de diferentes criterios establecidos por el SALUD basados en valores fuera de rango.

Cuando se produzca una alerta de tipo 1 o tipo 2, el personal del Contact Center Sanitario-SALUD (ACAP-CCS) revisará los valores de las constantes recibidas en el portal de telemonitorización SALUD y HCE y actuará según el protocolo de actuación ante alarmas de telemonitorización del SALUD.

**Ante una alarma, el personal del Contact Center Sanitario-SALUD (ACAP-CCS) consultará a la Unidad de Apoyo (ACAP-UA) las actuaciones realizadas anteriormente con el usuario previo a contactar directamente con el paciente.**

Si el protocolo de actuación del SALUD le indica que:

- Debe contactar con el paciente o familiar para verificar una constante, entonces, el personal del Contact Center Sanitario-SALUD (ACAP-CCS) contactará con el paciente a través de una llamada telefónica, con el objetivo de verificar las alarmas.
- Debe derivar al paciente a un recurso sanitario, entonces, el personal del ACAP-CCS contactará con el paciente vía telefónica y le comunicará donde debe acudir. En este caso el personal del Contact Center Sanitario-SALUD notificará al médico de atención primaria del usuario la derivación (a través de la escritura en Historia Clínica Electrónica en un post-it)
- Debe solicitar recursos de emergencias, entonces, el personal del Contact Center Sanitario-SALUD solicitará el recurso de emergencias y llamará al paciente.

En caso de actuación, ya sea la movilización de recursos sanitarios o de comunicación con el paciente, el personal del Contact Center Sanitario-SALUD (ACAP-CCS) comunicará su actuación a la Unidad de Apoyo (ACAP-UA) para su incorporación en la plataforma ACAP.

### **6.4. GESTIÓN DE ALARMAS ante solicitudes de la persona usuaria**

El punto de contacto para llamadas ante necesidades de apoyo de la persona usuaria es la Unidad de Apoyo ACAP-UA, donde llega la llamada cuando el usuario utiliza los dispositivos de ViveLibre.

En este caso, para los usuarios en monitorización por el SALUD, si la llamada requiere atención sanitaria o se identifica como un problema de salud, siempre que no esté incluida en las situaciones de emergencia del apartado 4.7.1 b de la norma UNE, la unidad de apoyo contactará con la persona responsable de zona del paciente/usuario del ACAP-CCS o con la persona disponible en ese momento de ACAP-CCS.

## **7. Configuración mínima del equipo ACAP-CCS.**

El equipo del Contact Center Sanitario ACAP-CCS estará compuesto por personal de medicina o enfermería suficiente para dar servicio de lunes a viernes con horario de 8 a 20h.

El personal necesario para prestar este servicio, será aportado por las entidades del proyecto ACAP, con un mínimo de un profesional por provincia a jornada completa.

El personal del ACAP-CCS trabajará de forma semipresencial. La mayor parte de las tareas se podrá realizar en modalidad de teletrabajo, debiendo tener además presencia en los centros de salud de las comarcas implicadas, para tareas de coordinación y comunicación con los equipos.

Para el adecuado desempeño de las tareas, el personal del ACAP-CCS recibirá formación por parte de las personas de referencia en el SALUD (SALUD GESTIÓN), o quien estas determinen, en el manejo de las plataformas y protocolos de actuación. Además, se le facilitará, a través de una VPN, acceso a los sistemas de información del SALUD estrictamente necesarios para desempeñar su cometido, para lo que deberán firmar el correspondiente acuerdo de confidencialidad.

El personal del ACAP-CCS trabajará siempre en coordinación y bajo las directrices del personal de referencia en el SALUD (SALUD GESTIÓN o quien este determine).

## **8. Seguimiento de la evolución**

El gestor de apoyos definirá el plan de apoyos conectados individualizado (PACI), teniendo en cuenta las necesidades detectadas por el profesional de atención primaria en la derivación.

Para mejorar la coordinación, el Gestor de Apoyos ACAP-GA y el personal del Contact Center de Salud ACAP-CCS contactarán con el centro de salud y establecerán mecanismos de comunicación con los profesionales de referencia, adaptándose a las necesidades y situación de cada centro.

Los técnicos de ACAP proporcionarán información a los profesionales del SALUD relativa a los pacientes dados de alta en ACAP, sus planes de atención, o su evolución (en caso de que sea de interés), a través comunicaciones establecidas periódicamente, y bajo demanda.

### **Telemonitorización**

Los usuarios incluidos en la telemonitorización de constantes del SALUD, además del seguimiento habitual del proyecto ACAP (reflejado en el punto 6.2), contarán con el seguimiento de la evolución y tendencia de las constantes por parte de los profesionales del Contact Center Sanitario (ACAP-CCS) y de los equipos de atención primaria (SALUD-AP).

En ACAP, los equipos se coordinarán internamente para asegurar que ambas plataformas (Monitorización SALUD y ViveLibre) comparten de forma adecuada los criterios para una correcta atención (como puedan ser los umbrales de alertas fijados, u otros aspectos).

El ACAP-CCS revisará periódicamente la evolución de las constantes, contactando con los usuarios en caso de detectar una tendencia que requiera revisión.

El ACAP-CCS podrá escribir en la Historia Clínica Electrónica del paciente, a través de un post-it rosa, los hallazgos/tendencias, etc. que quiera notificar al profesional de Atención Primaria (SALUD-AP) para el seguimiento de paciente.

Por otra parte, los profesionales de los equipos SALUD-AP podrán también seguir la evolución de los pacientes derivados en Historia Clínica Electrónica. Para ello dispondrán de:

- Un listado de pacientes en monitorización, en la sección “Listados” de HCE. Podrán seleccionar la opción de “Pacientes en Programa Apoyos Conectados”
- En el perfil de paciente, en el sumario, aparecerá un acceso directo, para la visualización de las constantes registradas.
- Con la consulta de las notas realizadas por el call center a través del post-it rosa de la Historia Clínica Electrónica del paciente, en el que podrán consultar los evolutivos y notas escritas por el call center, etc.

Las acciones de este proyecto no sustituyen a la atención habitual en atención primaria, derivada de otros planes o programas de salud, sino que vienen a reforzarla.

**9. Diagrama de flujo ACAP- SALUD**

